Aus der Brandenburgischen Landesanstalt zu Teupitz und der Universitäts-Nervenklinik der Charité in Berlin

Eine Nachuntersuchung puerperal-entstandener Schizophrenien hinsichtlich der Prognose

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Rudolf Roesen
aus Landsberg a. W.

Tag der Promotion: 20. Juli 1939

M 262

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Bonhoeffer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern
aus Dankbarkeit gewidmet

Eine Nachuntersuchung puerperal-entstandener Schizophrenien hinsichtlich der Prognose

Als Material stand für die Arbeit zur Verfügung das Aktenarchiv über die Patientinnen der Landesanstalt Teupitz mit etwa 4500 Krankengeschichten vom Jahre 1909 bis jetzt. Es ist damit jedoch nicht gesagt, daß in allen Fällen der Beginn der Erkrankung frühestens 1909 eingetreten ist. Bei einigen der hier angeführten Fälle kam die Schizophrenie schon vorher zum Ausbruch, weswegen die Kranken z. T. vor 1909, dem Eröffnungsjahr der Landesanstalt Teupitz, bereits einmal in anderen Anstalten gewesen sind.

Nach dem Aktenstudium fanden sich zunächst unter dem gesamten Material 61 Fälle von puerperal — entstandenen Schizophrenien. Die genaue Nachuntersuchung brachte jedoch die Erkenntnis, daß es sich in vier Fällen — sämtlich nur einmal erkrankt —, obgleich sie in den Krankengeschichten als Schizophrenien diagnostiziert wurden, nicht um eine Schizophrenie, sondern um symptomatische Psychosen bei fieberhaftem Wochenbett oder sonstigen schweren infektiösen Komplikationen, welche ohne spezifischen schizophrenen Defekt zur Heilung kamen, handelt. — Auf diese vier Fälle wäre zunächst einzugehen.

1. Frau Meta M., geb. 3. 10. 1883, über erbliche Belastung nichts bekannt. Menses o. B., drei Geburten, die letzte Januar 1913, soll dabei viel Blut verloren und anschließend hohes Fieber gehabt haben. Die ersten beiden Entbindungen verliefen ohne anschließende Psychose. Neun Tage nach der dritten Entbindung plötzlich einsetzende starke motorische Unruhe, Verworrenheit, Desorientiertheit für Ort und Zeit, amentielles Verhalten. Bis August 1913 Anstalt, dann geheilt entlassen.

Seither gesund bis heute. 1916 vierte Entbindung. Alle vier Kinder gesund. Frau M. hat dann in den ganzen Jahren regelmäßig und fleißig gearbeitet und keinerlei Auffälligkeiten mehr geboten. Z. Zt. führt sie ihre Hauswirtschaft.

2. Frau Helene W., geb. 1898, über erbliche Belastung nichts bekannt, Menses o. B., zwei Entbindungen, die letzte März 1929. Sechs Tage später setzte eine Grippe mit Fieber bis zu 40,2° ein. Ausbruch der Psychose neun Tage nach der zweiten Entbindung: plötzlich motorische Unruhe, ängstlich, verworren, widerstrebend, nach zehn Tagen vorübergehend stuporös. Anstalt bis Oktober 1929, dann geheilt entlassen. Seither gesund. Hat seitdem meistens in Fabriken gearbeitet, zuletzt zu Hause beim Mann.

3. Valeska W., geb. 1888, über erbliche Belastung nichts bekannt. Menses o. B. Erste Entbindung Januar 1909, Mastitis mit hohem Fieber. Sechs Tage nach der Entbindung plötzlich einsetzende Verworrenheit,

heftige Erregungszustände, Halluzinieren, Selbstbezichtigungen, Nahrungsverweigerung. Bis Dezember 1909 Anstalt, dann geheilt entlassen. Seither gesund.

Frau W. führt bis heute eine ordentliche Ehe. Hat zeitweilig in Fabriken gearbeitet. Seit 1933 ist sie für die NSV. tätig und seit drei Jahren Helferin im Roten Kreuz.

4. Frau Gertrud B., geb. 1886, über erbliche Belastung nichts bekannt. Menses o. B. Eine Entbindung März 1909. Von Anfang des Wochenbetts an hohe Temperaturen, Bronchopneumonie. Acht Tage später plötzlich motorische Unruhe, Verworrenheit, Verkehrtheiten. Anstalt bis Oktober 1909, dann geheilt entlassen. Seither immer gesund. Frau B. führte bis zum Tode ihres Mannes 1935 die Hauswirtschaft und ist seitdem Aufwartefrau in anderen Haushaltungen.

Diese vier Fälle von symptomatischen Puerperalpsychosen sind alle ausgezeichnet durch den akuten, mit starker motorischer Unruhe einsetzenden Beginn der Erkrankung. Bei allen vier Fällen handelt es sich um delirante Amentia-Erkrankungen. Daß derartige Formen von Puerperalpsychosen prognostisch günstig zu bewerten sind, mag durch diese vier Fälle bestätigt werden.

Die eingehende persönliche Nachuntersuchung läßt keinen Zweifel darüber aufkommen, daß die Erkrankung in jedem Fall zu einer völligen defektlosen Ausheilung gelangte.

Noch zwei weitere, früher als Schizophrenie bezeichnete Fälle ließen ein Aufrechterhalten dieser Diagnose nicht mehr zu. Es handelt sich vielmehr um hyperkinetische Motilitätspsychosen im Sinne Wernickes.

Beide Fälle haben einen ganz akuten, katatonen Beginn des ersten Schubes zu verzeichnen, der im Fall 1 im 26., im Fall 2 im 20. Lebensjahr liegt. Bei beiden Fällen kommt es nach einem Jahr zur ersten Remission. Während bei 1 eine Remission von nur 1½ Jahren folgt, dauert die entsprechende Remission bei 2 zehn Jahre. Beide Fälle zeigen auch im Folgenden dann eine verblüffende Ähnlichkeit in der Verlaufsform und -tendenz. Beide zweiten Erkrankungen äußern sich nur in mittelschweren Hemmungs- und Verwirrtheitszuständen und dauern auch nur etwa ½ Jahr. Nach 4- bzw. 5jähriger Remission kommt es dann jeweils zum dritten Schub, der ähnlich wie der zweite, nur kürzer und leichter verläuft. Bei Fall 1 besteht seither eine fünf Jahre dauernde Remission, in welcher keine besonderen Auffälligkeiten mehr bemerkt wurden. Bei Fall 2 kam es nach ebenfalls fünf Jahre anhaltender Remission zum Exitus an Pneumonie.

Beide Fälle sind also dadurch gekennzeichnet, daß der Krankheitsprozeß — entgegen der gewöhnlichen Verlaufsrichtung schizophrener Erkrankungen mit dem Ziel der endgültigen Zerstörung der Persönlichkeit — hier mit einem akuten, heftigen, in beiden Fällen katatonen Beginn einsetzt, um dann jedesmal, wenn er augenscheinlich wird, an Intensität einzubüßen.

Mithin verringert sich die Gesamtzahl der Fälle von puerperal entstandenen Schizophrenen von 61 auf 55.

Die von mir zusammengestellten 55 Fälle lassen sich hinsichtlich des Verlaufs folgendermaßen einteilen:

a) einmal erkrankt ohne anschließende Heilung: 21, davon noch am Leben 1.
b) nach einmaliger Erkrankung Remission bis heute bzw. bis zum Tode: 13, davon noch am Leben 6.
c) zum zweiten Mal erkrankt mit anschließender Remission: 3, davon noch am Leben 2.
d) zum zweiten Mal erkrankt ohne anschließende Remission: 8, davon noch am Leben 3.
e) Dreimal und mehr erkrankt: 10, davon noch am Leben 2.

Unter den 55 gesammelten Fällen von puerperal-entstandenen Schizophrenien nehmen die 21 unter a) zusammengefaßten die weitaus größte Prozentzahl ein, nämlich 38,10 %. Nur eine von diesen 21 Frauen ist noch am Leben. Dieser Fall nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als noch nicht vorauszusehen ist, ob die zwar bis jetzt kontinuierlich fortschreitende Erkrankung nicht doch noch eines Tages auf irgend einer Defektstufe zum Stillstand gelangt, zumal die Erkrankung erst im Mai 1936 zum Ausbruch kam. Sollte sich — mit anderen Worten — der weitere Krankheitsverlauf anders entwickeln als ein anhaltender, kontinuierlich fortschreitender, vollständiger Zerfall der Persönlichkeit, so wäre dieser Fall nachträglich in eine andere Rubrik einzureihen. Es handelt sich hier um folgendes Krankheitsbild:

a. 1. Frau Emma B., geb. 1896, soll von Jugend an „auffallend und stets eigenbrödlerisch" gewesen sein. Heredität: Vater Potator gewesen, Mutter Suicid, eine Schwester Suicidversuch, eine andere Schwester vorübergehend wegen Geisteskrankheit in Anstalt gewesen. Ein Bruder stumm, in Anstalt gestorben. Körperliche Mißbildungen: Ein eigenes Kind starb am dritten Tage, hatte Klumpfuß und Klumphand. Kind einer Schwester Wolfsrachen, eine andere Schwester soll „verkrüppelt" gewesen sein. Vetter väterlicherseits „verkürzten Arm". — Menses o. B. Ein Abort Februar 1935, eine Entbindung Mai 1936. Elf Tage danach lebhafte Halluzinationen, vorwiegend des Gehörs. Fühlte sich dauernd durch „Deckenradio" belästigt. Stark sexuell gefärbte Ideen. Seither ununterbrochen in Anstalten. Neben der sich anhaltend steigernden Beeinflußbarkeit durch Sinnestäuschungen ist in diesem Falle die ausgesprochen zunehmende affektive Abkehr allem gegenüber, was sich in der Umwelt begibt, namentlich Objekten gegenüber, die früher mit besonders lebhaften Affekten besetzt waren, wie nächste Angehörige, Beruf des Mannes usw., hervorzuheben.

Bei den 20 Fällen von einmaliger bis zum Tode anhaltender Erkrankung handelt es sich um Fälle, bei denen innerhalb weniger Jahre ein kontinuierlich-fortschreitender, vollständiger Zerfall, die schizophrene Katastrophe (Mauz), eingetreten ist. Die durchschnittliche Dauer vom Beginn der Erkrankung bis zum Exitus liegt zwischen sieben und acht Jahren. Dieser errechneten Zahl kann jedoch kein großer Genauigkeitswert zugemessen werden, lediglich ihre statistische Bedeutung bleibt bestehen. Denn bei rund der Hälfte der Fälle kam es in den Jahren 1917 und 1918 zum Exitus, also in den Jahren, die durch die kriegsmäßig bedingte, ungenügende Er-

nährung ohnehin schon die größten Sterblichkeitsziffern in Anstalten aufweisen. Vielmehr interessiert die Zeit, in der es vom Beginn der Erkrankung bis zum völligen Persönlichkeitszerfall kam: im Durchschnitt 2½—3 Jahre. Ebenso das Alter der Frauen bei Ausbruch der Erkrankung. Es liegt im Durchschnitt zwischen dem 19. und 26. Lebensjahr; eine Ausnahme bilden hier zwei Fälle, bei denen es zum Ausbruch der Erkrankung erst im 31. bzw. 33. Lebensjahre kam.

Statistische Untersuchungen über schizophrene Erkrankungen haben gezeigt (Mauz), daß ein endgültiger Zerfall der Persönlichkeit, sei es im Sinne der schizophrenen Katastrophe oder beim schubweisen Verlauf in 98 % der Fälle, spätestens drei bis vier Jahre nach Ausbruch der Erkrankung eintritt. Da die von mir errechnete Zeit von zweieinhalb bis drei Jahren, in der es bei puerperal-entstandenen Schizophrenien zur schizophrenen Katastrophe kam, offensichtlich unterhalb der von Mauz angegebenen Durchschnittszeit liegt, muß angenommen werden, daß sich der deletäre Verlauf von puerperal-entstandenen Erkrankungen schneller vollzieht als bei Schizophrenien im allgemeinen.

Max Müller gibt für das Zustandekommen der schizophrenen Katastrophe drei wesentliche Faktoren an: Konstitutionstyp, praepsychotische Wesensart und Lebensalter z. Zt. der Erkrankung. Obwohl die Beziehungen der Schizophrenie zum asthenisch-leptosomen Körperbau und zum schizophrenen Charakter noch keineswegs so sicher gestellt sind wie die entsprechenden Korrelationen des Manisch-depressiven Irreseins, so hat doch die Erfahrung gelehrt, daß der deletäre Verlauf der schizophrenen Katastrophe niemals bei Pyknikern und nie bei extravertierter, lebensnaher, syntoner Wesensart auftritt. Sie scheint im Gegenteil an folgende Bedingungen gebunden zu sein:

a) ausgesprochen asthenisch-leptosomer Habitus,

b) schizothym-praespychotischer Charakter, speziell in der Unterform des introvertierten, stark antistischen, weltabgewandten Menschen mit stark kontrastierenden Lebenseinstellungen. Das Letztere will besagen, daß eine Diskrepanz besteht zwischen einer passiven, empfindlichen, leicht reizbaren und verletzlichen Natur und aktiven sthenischen Wesenselementen, die zu plötzlichen Affektreaktionen, zu Betätigung eines krankhaften, übersteigerten Ehrgeizes u. Ä. führen.

c) Erkrankung zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr, mit einem Maximum, d. h. einer besonderen Gefährdung zwischen dem 19. und 21. Jahr.

Bei der Nachuntersuchung auf Konstitutionstyp und praepsychotische Wesensart der unter der Rubrik a) gesammelten Fälle bin ich auf erhebliche Schwierigkeiten gestoßen, da meine Nachforschungen sich nur auf das Studium der Krankengeschichten z. T. schon lange Jahre verstorbener Frauen stützen konnten.

Lediglich im Fall a. 1., Frau Emma B., welche noch lebt, war hier eine eingehende Untersuchung möglich. Ihr Konstitutionstyp ist ausgesprochen asthenisch-leptosom.

Eine gewissenhafte Nachuntersuchung der übrigen zu a) gehörigen Fälle auf Konstitutionstypen war mir nicht möglich, da auf hierher gehörende Feststellungen in den alten Krankenblättern kein oder nur wenig Wert gelegt wurde. Aus den spärlichen Angaben über Körperlänge und Gewicht nachträglich Schlüsse auf Konstitutionstypen ziehen zu wollen, würden zu keinem maßgeblichem Resultat führen. Hingegen konnte bei der Bewertung der vorgefundenen anamnestischen Erhebungen doch festgestellt werden, daß bei dem überwiegenden Teil der a)-Fälle der schizothym-praepsychotische Charakter im Sinne von Müller vorgeherrscht hat. Die Krankenblattnotizen ,die darauf hindeuten, lauten u. A.: „galt stets als absonderlich", „schon immer etwas überheblich und besonders strebsam", „in der Schule immer etwas zurückgeblieben und später oft eigenartig", „hat nie eine Freundin gehabt und sich überhaupt schwer an andere Menschen angeschlossen", „ließ sich in der Schule leicht hänseln, wechselte auffallend oft als Dienstmädchen die Stelle", „war leicht beleidigt, war gegen andere kühl und mißtrauisch", usw.

Wie bereits festgestellt, liegt das Durchschnittsalter der a)-Fälle bei Beginn der Erkrankung zwischen dem 19. und 26. Lebensjahr, ausgenommen zwei Fälle, bei denen die Krankheit erst im 31. bzw. 33. Lebensjahre ausbrach.

Das bedeutet, daß puerperal-entstandene Schizophrenien mit dem Ausgang der schizophrenen Katastrophe im Durchschnitt später beginnen als allgemeine schizophrene Erkrankungen mit dem gleichen Ausgang. (Nach Müller im Durchschnitt zwischen dem 16. und 25. Lebensjahre wie oben angeführt).

Auch der Beginn der Erkrankungen zeigt weitgehende Übereinstimmung. Bei keinem dieser 20 Fälle finden wir akute katatone und amentielle Formen, es überwiegt vielmehr der spätkatatone oder schleichend-paranoide oder hebephrene Beginn.

In dieser Rubrik wird nur bei einem einzigen Fall das Vorhandensein hyperkinetischer Symptome angeführt.

Zu b). Bei 13 Fällen kam es nach einer einmaligen Erkrankung zu einer bis heute, bzw. zum Tode dauernden Remission.

Diese unter b) zusammengefaßten Fälle bilden 23,63 % der Gesamtzahl meiner Fälle. Bei allen konnte trotz der großen Verschiedenartigkeit eine charakteristische Symptomatik der Schizophrenie im Ablauf der Erkrankung wie in der anschließenden Remission nachgewiesen werden.

Der Beginn der Erkrankungen liegt hier zwischen dem 21. und 30. Lebensjahre mit einer besonderen Gefährdung zwischen dem 22. und 24. Jahre.

Die Dauer der Erkrankung beträgt im Durchschnitt zwei Jahre. Wenn ich diesen Fällen mit einmaliger Erkrankung und folgender Dauerremission eine besondere Stellung zuschreibe, so deshalb, weil die Remissionen z. T. über Zeiträume gehen, die es gestatten, nunmehr von einer „sozialen Heilung“ (E. Meyer) zu sprechen. Es lassen sich heute nur noch sechs von diesen Fällen verfolgen, welche noch am Leben sind. Bei den übrigen sieben Fällen kam es zu Remissionen von 11, 14, 12, 19, 16, 17, 20 Jahren Dauer bis zum Tode. Meine Nachforschungen bei den Angehörigen ergaben in jedem Fall, daß die Frauen nach der Erkrankung „wieder arbeitsfähig“, „wieder um alles besorgt“, „wieder ganz richtig“ usw. waren. Daneben ließ sich aber doch aus den Angaben erkennen, daß hier und da doch „das Wesen etwas anders als früher“ oder „das Gedächtnis nicht mehr so gut“ empfunden wurde. Es gaben sich Anhaltspunkte dafür, daß bei jeder der sieben Frauen Defekte zurückgeblieben waren, die wir als Aktivitätsstörungen, Denkstörungen, Affektverarmung kennen, aber auch dafür, daß hier und da noch Sinnestäuschungen als Restsymptome bestanden haben. Die Frauen haben dabei jedenfalls nach der Erkrankung und ohne Auftreten eines Recidivs ihren Platz im sozialen Leben noch ausreichend ausgefüllt, ohne daß eine „völlige Restitution“ (Fleck) eintrat, weswegen festgestellt werden kann, daß es hier zu „Heilungen mit Defekt“ (Heinrich Neumann) kam.

Im Folgenden teile ich diejenigen Fälle mit einmaliger Erkrankung und anschließender Remission, die noch am Leben sind, mit.

Fall b. 1. Frau Else M., geb. 1886, auf der Schule gut mitgekommen, galt jedoch als Kind und später immer als „etwas eigenartig“, schloß sich schwer anderen Menschen an, war dies jedoch der Fall, so zeigte sie übertriebene Anhänglichkeit. „Wollte immer etwas Besseres sein.“ Heiratete später einen Schriftsetzer, brachte aber Bekannten gegenüber zum Ausdruck, daß sie auch noch einen Mann „in besserer Position“ hätte bekommen können. 1912 Totgeburt. Das Kind soll „etwas offenen Rücken“ gehabt haben. Entbindung mit ärztlicher Hilfe.

21 Tage später treten Gehörs- und Gesichtshalluzinationen auf. Der Schlaf ist sehr schlecht, mehrere Selbstmordversuche, Nahrungsverweigerung, heftige Erregungszustände. Anstaltsaufnahme. Dann autistisch, widerstrebend. Nach einigen Tagen die ersten Äußerungen, zunächst nur auf Befragen: „Sie wissen ja doch schon alles, es weiß ja die ganze Welt.“ Kommt dann im Verlauf der nächsten Woche mit allerlei blühenden Wahnideen und „Überempfindungen durch Gott“ heraus, die sie gehabt hätte und z. T. jetzt noch habe.

Im Verlauf der nächsten vier Wochen weichen diese Äußerungen allmählich schweren Selbstbezichtigungen wegen angeblicher Sünden und Verfehlungen. Schließt sich dann nach und nach ganz ab, wird stiller, jammert nur noch und wird erst Mitte 1913 etwas freier. Schildert dann noch öfter ein reichhaltiges Primärerlebnis: „Schwere Strafandrohungen wegen Ehebruchs, habe schon mit dem Henker gesprochen, aus der Luft habe es gepfiffen, es würde nicht mehr Tag u. a. m.“ Wird dann weiter freier, die Halluzinationen werden schamhaft negiert. März 1914 Entlassung aus der Anstalt.

Die Nachuntersuchung ergab, daß Frau M. bis zum Tode des Mannes, der 1915 fiel, den Haushalt ordentlich geleitet hat, dann zu Verwandten gezogen ist, wo sie ebenfalls im Haushalt und in der Kinder-

pflege ihre Aufgaben voll erfüllt hat. Später hat sie es dann wiederholt als Verkäuferin in Warenhäusern versucht, jedoch nie lange ausgehalten, da „es ihr doch manchmal zu viel wurde".

Seit über zwölf Jahren ist sie jetzt bei einer Verwandten, wo sie im Haushalt „mithilft" (Zwei-Personen-Haushalt!) und so „voll beschäftigt" ist. „Solche Anfälle wie damals nach der Entbindung" habe sie nie mehr gehabt, wenn sie auch hin und wieder mal denke, „es könne wieder losgehen". Verrät jetzt seit Jahren kaum noch Anteilnahme an irgendwelchen Ereignissen, geht dagegen jetzt auffallend häufig zur Kirche und verkapselt sich ganz in religiösen Ideen und Problemen, die sie mit auffallender Verbissenheit behandelt.

Fall b. 2. Frau Hedwig W., geb. 1890. Die häuslichen Verhältnisse der Eltern waren sehr schlecht. Vater Suicid, eine Schwester früher in Anstalt gewesen. Während der Schulzeit zunächst unauffällig, galt dann aber bald als „liederlich und faul". 1920 Heirat mit Arbeiter. Schon in den ersten Jahren der Ehe hatte der Mann unter Eifersuchtsäußerungen der Frau zu leiden. Sie macht ihm Szenen auf der Straße, weil er eine Frau angesehen habe, beschuldigt ihn der Untreue mit kleinen Kindern bis zu den ältesten Frauen. 1923 normale Entbindung und Wochenbett.

26. März 1928 zweite Entbindung: Embryotomie wegen verschleppter Querlage. 30. März Temperatursteigerung, motorische Unruhe, Verwirrtheit, Nahrungsverweigerung. Zunehmende Unruhe. Ängstlich-widerstrebend, Selbstbezichtigungen. 15. April 1928 Anstaltsaufnahme. Weiterhin ängstlich abweisend, spricht nicht, bewegt bei Anrede nur die Lippen, muß mit der Sonde gefüttert werden. Wird nach zwei Monaten etwas freier, doch weiterhin ängstlich und ratlos, äußert Mißtrauen gegen ihre Umgebung, vermutet überall elektrische Geheimanlagen, äußert Verdächtigungen gegen ihren Mann, welcher „schon als Ehebrecher auf die Welt gekommen ist", er habe ihr auch nachts die Eingeweide aus dem Leibe genommen und sie mit Strom geladen. Jetzt sehe sie Menschen ohne Köpfe, höre überall verdächtiges Hundegebell, von allen Wänden liefe das Wasser in Strömen herab, die Flut käme und damit das allgemeine Ende usw.

Ende 1928 allmählicher Verfall in katatonen Stupor. Mitte 1929 langsame Besserung. Ende 1929 im allgemeinen orientiert, lehnt Unterhaltung über früher geäußerte Wahnideen ab. Januar 1930 gebessert entlassen.

Seither zu Hause beim Mann, führt die Wirtschaft, versorgt das Kind vernünftig. Obgleich sie seit der Erkrankung die früher so häufigen Eifersuchtsäußerungen nicht mehr ausgesprochen hat, fühlt sich der Mann einerseits „doch noch manchmal beobachtet" von seiner Frau, andererseits hebt er die seit der Erkrankung der Frau gegen ihn bestehende Kühlheit hervor. Bei der Unterhaltung zeigt Frau W. jetzt eine peinliche Scheu, sich mit den durchgemachten krankhaften Erlebnissen zu beschäftigen. Ein Recidiv ist nicht mehr aufgetreten.

Fall b. 3. Frau Erna Sch., geb. 1901. Ein Onkel väterlicherseits an „Gehirnkrankheit" gestorben. In der Schule gut mitgekommen, soll schon frühzeitig oft Klagen über Krankheiten, die gar nicht existierten, hervorgebracht haben, war dauernd „matt". Keine Berufsausbildung, da sie sich „nicht kräftig genug" fühlte. 1922 Heirat mit Reisendem. 1924 normale Entbindung und Wochenbett.

Dezember 1926 zweite Entbindung ohne Komplikationen. Im Wochenbett: Gereiztheit, Interessenlosigkeit, Verworrenheit, Angstzustände. Zunehmende Verschlimmerung, bis Juni 1927 das Bild einer schweren katatonen Erregung entsteht. Anstaltsaufnahme. Springt plötzlich aus dem Bett, wirft die Hände in die Luft, schreit Worte wie „Seuche",

„Pest“ laut, greift andere Kranke an. Weint plötzlich ohne Grund, jedoch hat man nicht den Eindruck, daß sie ängstlich ist. Die theatralische Erregung hält tagelang an, dann macht sie sich eine gewisse Stereotypie des Gesichtsausdrucks und eine Monotonie der Stimme geltend. Die Augen werden häufig wie verzückt nach oben gedreht. Ständige Armbewegungen begleiten jetzt auftretende Dauerreden. Sie spricht jetzt viel davon, daß man ihr Krankheiten anhexen wolle. Wenige Tage später ist sie ruhig, dabei heiterer Stimmung, und abermals in wenigen Tagen gibt sie in einer ausführlichen Exploration Auskunft. Dabei ist ihre Grundstimmung weinerlich, schlägt aber häufig in Lachen um. Erzählt manche Erlebnisse vom Beginn der Psychose. Sie habe viele Gestalten in weißen Kitteln gesehen, die sich um sie zankten. Sie glaubte sich hypnotisiert und zu allen möglichen Schlechtigkeiten gebraucht. Alle wollten sie krank machen. Dann wieder Rückfall in ähnlichen Erregungszustand wie vordem.

Im Verlauf des nächsten halben Jahres noch mehrmals dieser Wechsel. Frühjahr 1926 allmähliches Freierwerden und fortschreitende Besserung. August 1928 Entlassung zu Verwandten, da der Mann inzwischen verstorben war.

Bei der ersten schriftlichen Fühlungnahme zwecks Nachuntersuchung erhalte ich ein fünf Seiten langes, schwülstiges und weitschweifiges Antwortschreiben, dessen Anfang hier wiedergegeben wird: „Sehr geehrter Herr Dr.! Auf Ihre Nachfrage vom 7. d. Mts. teile ich Ihnen mit, daß sich mein Befinden langsam aber sicher seit 1928 gebessert hat, so daß ich heute im Rahmen des Vierjahresplanes auch wieder in die Reihen der Schaffenden eingereiht bin. In ärztlicher Behandlung war ich seit meiner Entlassung aus Teupitz nicht mehr, viel habe ich aber doch den bioch. Salzen von Dr. Madaus-Radebeul zu danken und ferner unseren großen Naturheilärzten, deren Artikel ich in den Heften der Kneipp-Bewegung, des Prießnitzvereins und des bioch. Bundes Deutschlands gelesen und mir manches daraus genommen habe. In der letzten Neuformrundschau vom Mai 1938, welche von den Reformgeschäften an die Kunden ausgegeben werden, war beigefügter Artikel, von dem ich wünschte, daß ihn alle Ärzte lesen möchten, welche „Nervöskranke“ behandeln. Die großen Heilfaktoren für letztere sind wohl nur Atemgymnastik, Ruhe, Diät, stärkende und abhärtende Wasseranwendungen, Pflanzentees und -säfte, und bei seelischer Erkrankung guter religiöser Zuspruch usw.“

Die weitere Nachuntersuchung und Nachforschung ergab dann, daß Frau Sch. seit etwa neun Jahren ununterbrochen in der Expedition eines Versandgeschäftes tätig ist und dort durchaus nicht versagt. Schon aus dem wiedergegebenen Schreiben geht hervor, daß sie auch nach nach ihrer Erkrankung noch von demselben Komplex stark beherrscht wird, der sie in ihrem ganzen Leben in wechselhafter Form nicht losgelassen hat: die starke Einstellung ihrem Gesundheitszustand gegenüber. — Kein weiteres Recidiv.

Fall b. 4. Frau Gertrud Z., geb. 1888. Auffallend kleiner Schädel von degenerativer Form. Über erbliche Belastung nichts bekannt. Auf der Schule unauffällig. Nach der Schulentlassung als Dienstmädchen in Stellung, wechselte häufig den Dienst. In späterer Ehe, die nach zwei Jahren getrennt wurde, eine Entbindung. Danach noch drei uneheliche Kinder. Zwei davon starben frühzeitig. Letzte Entbindung 1916. Im Wochenbett glaubte sie sich von Männern verfolgt, die ihr das Kind, welches sie an der Brust hatte, fortnehmen wollten. Unter dem Einfluß dieser Ideen versuchte sie aus dem Fenster zu gehen. Anstaltsaufnahme. Zeigt zunächst verschlossenes, ratloses Verhalten. Nach zwei Wochen Explorationen. Bringt eine Fülle von Wahnideen hervor, hört dauernd Männer unter der Zimmerdecke reden, meint auch einen Mann im Bett

zu sehen, glaubt operiert werden zu sollen, ohne zu wissen weswegen. Fühlt sich aus dem elektrischen Druckknopf heraus beobachtet usw.

Nach zwei Wochen zunehmende motorische Unruhe, Hyperkinese. Nach weiteren zwei Monaten allmähliches Übergehen in Mutismus. Liegt dann ca. ein Jahr völlig teilnahmslos im Bett unter der Decke, muß ganz besorgt werden.

Wird im Frühjahr 1918 langsam freier, greift zur Arbeit, ist wieder orientiert, zeigt gewisse Krankheitseinsicht, läßt jedoch in allem eine früher nicht vorhanden gewesene Lässigkeit erkennen. Ende 1918 gebessert entlassen zur Mutter. War dann etwa zwei Jahre „noch oft recht eigenwillig" und untätig. Vernachlässigte sich leicht in der Kleidung, kümmerte sich kaum um die Kinder. Seit 1926 Gelegenheitsarbeiten, seit drei Jahren in einer Munitionsfabrik tätig. Kein weiteres Recidiv.

Fall b. 5. Frau Meta M., geb. 1884. Onkel väterlicherseits in Anstalt gestorben. Lernte gut und fleißig. War stets etwas zurückhaltend, manchmal aber auch sehr ausgelassen. Bei Ermahnungen leicht gekränkt. 1908 Heirat mit Bürobeamten. Drei Entbindungen, die letzte Januar 1913 mit ärztlicher Hilfe. Im Wochenbett gelegentliches lautes Lachen, dann ängstlich-halluzinatorische Unruhe. Glaubt, sie werde nachts geholt. Anstaltsaufnahme. Verfällt bald in katatonen Stupor, ausdrucksloses, maskenhaftes Gesicht, Schnauzkrampf, Negativismus. Die gesamte Körpermuskulatur ist gespannt. Hingestellt, bleibt sie wie eine Statue stehen, hebt maniriert die Hand, spricht tagelang kein Wort. Ißt sehr schlecht, läßt die Bissen stundenlang ungekaut im Mund. Mitunter unsauber. Lacht ganz selten plötzlich einmal auf. Spricht dann einen kurzen Satz verworrenen Inhalts. Nachdem sie wochenlang in diesem Stupor verharrt hat, verlangt sie plötzlich nach dem Geistlichen. Dann wieder stuporös. Bleibt überall stehen, wo man sie hinstellt. Reagiert nur selten auf Anrede, behält das Essen zwischen den Zähnen, defäziert auf den Fußboden, und als man ihr deswegen Vorhaltungen macht, wendet sie sich mit der Geste der Erhabenheit ab. Bei Besuch von Angehörigen sehr abweisend.

Juli 1913 wird sie lebhafter, zerreißt die Kleider, gerät mit anderen Kranken in Zank, wird sehr widerstrebend, schnippisch, frech, störrisch, schimpft unflätig, sperrt sich sehr gegen das Essen.

Dann wieder für Monate negativistischer Stupor. November 1913 wacht sie zusehens auf, beschäftigt sich, plaudert freundlich. Rasch fortschreitende Genesung. Dabei etwas hypomanisch und voller Pläne, hat keinerlei Einsicht in die Schwere der überstandenen Krankheit, noch oft sehr urteilsschwach, gelegentlich recht kindisch und trotzig. April 1914 nach Hause entlassen.

Erfüllte seitdem ihre mütterlichen und häuslichen Pflichten vollauf.

1916 abermals Entbindung, Verlauf und Wochenbett o. B. — Abgesehen von einer gewissen reizbaren Schwäche konnte nichts Auffälliges mehr bemerkt werden.

Fall b. 6. Frau Charlotte W., geb. 1890. Mutter soll sehr leicht reizbar gewesen sein, ebenso deren ganze Verwandtschaft. Als Kind rege Phantasie, völlige Hingabe im Spiel. Starke Begabung in Schulsachen, war stets die Erste in der Klasse, Abiturientenexamen eines Realgymnasiums. Als junges Mädchen fast starre Hingabe an alles Ideale. Glückliche Ehe mit Studienrat, eine normale Entbindung.

Nach der zweiten Entbindung Dezember 1915 im Wochenbett auffällige seelische Schwankungen, Grübeln, Träumen, dazwischen hemmungsloses Lachen. Anstaltsaufnahme. Starke hyperkinetische Erregung, Singen und Schreien, macht sich massenhaft Selbstvorwürfe, hält sich für einen Orangutan.

Nach einigen Wochen etwas ängstlicher, stiller. Zahlreiche absurde Assoziationen. Spricht dann fast nichts.

Im Verlauf des nächsten Jahres folgendes Bild: Zwischen kurze Zeiten geordneten Verhaltens schieben sich Handlungen, die ihr Beherrschtsein von Wahnideen und Halluzinationen anzeigen. Ende 1916 zahlreiche Akoasmen und Visionen. Dann allmählicher Verfall in katatonen Stupor. Bis Mitte 1917. Langsames Freierwerden. Schildert dann ein umfangreiches Primärerlebnis: hatte überall Feuer gesehen, es ging von ihr aus. Sollte dann selbst verbrannt werden, hatte zahlreiche Gerichtsverhandlungen miterlebt, war dann ein Affe gewesen. Schnell fortschreitende Besserung usw.

Zurück bleibt zeitweise Ratlosigkeit und Sichvergraben in religiöse Ideen. Anfang 1918 nach Hause entlassen. Keine wesentlichen Auffälligkeiten mehr geboten. Hat sich nach der Krankheit viel mit Sektenwesen beschäftigt. Kein weiteres Recidiv.

In der Rubrik c) sind drei Fälle mit zweimaliger Erkrankung und anschließender Remission gesammelt, also 5,46 % der Gesamtzahl aller Fälle. Zwei von diesen Frauen sind noch am Leben. Der Beginn der Erkrankung fällt hier in das 23., 34. und 36. Lebensjahr. Wenngleich der durchschnittlich später einsetzende Beginn dieser Gruppe von Erkrankungen auffällig ist, so kann doch in Anbetracht der geringen Anzahl dieser Fälle noch nicht der Schluß gezogen werden, daß diese zweimaligen Erkrankungen mit anschließender Remission ihren Beginn etwa erst in späteren Lebensjahren als die vorige Gruppe haben. Die Voraussetzung hierüber zu urteilen wäre ein erheblich reichhaltigeres Material.

Ziemlich übereinstimmend ist bei diesen Fällen die Dauer der Schübe, sie beträgt im ersten Fall ½ und 1 Jahr, im zweiten Fall 14 Monate und 1 Jahr, im dritten Fall 1 und 1 Jahr. Dagegen ist die Dauer der zwischen den Erkrankungen liegenden Remissionen stark verschieden. Sie beträgt im ersten Fall 9, im zweiten Fall 24 und im dritten Fall 2 Jahre. Die Dauer der Remissionen nach der zweiten Erkrankung beträgt 6 (bis zum Tode), 1 und 13 Jahre. Bei Fall c. 1. ist zu bemerken, daß auch die zweite Erkrankung im Wochenbett ausbricht.

Fall c. 1. Frau Klara Sch., geb. 1881. Großvater väterlicherseits Suicid, ein Bruder in Anstalt gestorben. In der Dorfschule schlecht mitgekommen, dann als Magd tätig, über diese Zeit nichts Näheres bekannt. 1904 Heirat mit Gutsarbeiter. Mai 1904 erste Entbindung, Puerperalfieber, Fieberdelirium. Nach Abklingen des Fiebers Tobsuchtsanfälle. Anstaltsaufnahme. Anfangs ängstlich, ratlos, dann abwartend, lauernd: Beginnt laute, vorwurfsvolle Gespräche mit ihrem Mann, den sie hinter der Tür glaubt. Fühlt sich bedrängt, schikaniert. Bringt in der Exploration eine Fülle von paranoiden Ideen hervor. Behauptet ständig, einen Engel zu sehen, mit dem sie sich lautlos unterhält. Der Engel sei ihr Berater, von ihm wisse sie, wer alles gegen sie eingestellt sei, und was man alles gegen sie aushecken will. Bringt den Engel dann auch in sexuelle Beziehung zu sich. Nach einigen Wochen langsames Stumpfwerden und Auftreten katatoner Züge. Gerät vorübergehend in Erregungszustände. Zeigt Zerstörungswut und Neigung zu Selbstbeschädigung. Dann rasches Abklingen der Erkrankung und Genesung.

Dezember 1904 Entlassung nach Hause. In der nun folgenden neunjährigen Remission sind keine Auffälligkeiten bemerkt worden außer einer häufig auftretenden Arbeitsunlust.

1907, 1911, 1913 drei weitere Entbindungen. Vier Tage nach der letzten Entbindung, November 1913, akuter Ausbruch einer neuen Erkrankung, die zu abermaliger Anstaltsaufnahme führt. Tobsuchtsanfälle, Drohungen gegen alle Personen, fühlt sich „gegeißelt", „bestohlen", „bestrahlt". Will alles in Flammen aufgehen lassen, damit die Peiniger dabei zugrunde gehen. Nach einer Woche allmähliche Beruhigung. Äußert ein kompliziertes, paranoides Wahnsystem. Zeigt keine Krankheitseinsicht. Macht okkulte Andeutungen: Sie wisse ja, wozu das alles gemacht werde, aber man solle nicht denken, daß sie sich nicht zur Wehr setzen könne usw. Dieser Zustand hält ca. ¾ Jahr unverändert an. Dann zunehmende Besserung. Zurück bleibt bei der Entlassung November 1914 eine gewisse mißtrauische Haltung gegenüber anderen Personen. Bis zum Tode (1919 an Lungentbc.) weiter keine Auffälligkeiten.

Fall c. 2. Frau Helene B., geb. 1877. Eine Schwester in Anstalt gestorben. Hat sich im ganzen normal entwickelt, gut gelernt, das Lehrerinnenexamen gemacht. Verkehrte wenig mit anderen, war abweisend. 1909 Heirat mit Zahnarzt. Regte sich leicht auf, war kühl und mißtrauisch gegen den Mann. April 1911 normale Entbindung. Acht Tage post partum Schüttelfrost mit etwas Temperaturanstieg, nach weiteren sechs Tagen Angstgefühle, bekam keine Luft mehr, weinte viel, hatte Angst vor dem Kinde, nörgelte viel mit den Pflegerinnen. Die Angstzustände und die Schlaflosigkeit nahmen dann rasch zu. Zunächst Behandlung in Privatsanatorium. Glaubte sich dort falsch behandelt, schlief schlecht, grübelte viel, konnte nichts essen, dauernd ängstlich ohne den Grund zu wissen, fürchtete geisteskrank zu werden. Machte sich Vorwürfe, daß sie sich krank gemacht habe, weil sie die Anordnung der Ärzte nicht befolgt hatte.

Juli 1911 Verlegung in Anstalt, wo sie die ersten Tage als freiwillige Pensionärin weilte, dann aber in die geschlossene Abteilung übernommen werden mußte. Anfangs dauernd unruhig, ängstlich, weigerte sich, Schlafmittel zu nehmen. Machte sich Vorwürfe, die ganze Familie ruiniert zu haben. Mehrere Suicidversuche. So unverändert ein Jahr. Allmählich entwickelte sich dann starke Hemmung. Brachte oft kaum noch ein Wort hervor. Antwortete nicht mehr oder sehr langsam und unter stärkster Anstrengung, wozu sie oft ansetzen mußte. Dann vorübergehend Katalepsie, Negativismus, Speichelfluß, Unreinlichkeit.

Dezember 1911 beginnt sie wieder zu sprechen, schildert Sinnestäuschungen. Hört, daß man sich hinter den Wänden und im Schornstein über sie unterhält. Sie müsse ins Gefängnis kommen, da sie schlecht sei, ihren Mann vernachlässigt habe usw. Diese Halluzinationen hält sie für begründet, macht sich deshalb Vorwürfe und verlangt nach Hause, um alles wieder gutzumachen. Wird dann für einige Tage völlig frei und zeigt Krankheitseinsicht. Schlägt dann wieder schnell um in den anderen Zustand wie vorher. Ist stark gehemmt, kann nur mit Anstrengung antworten. Leise, energielose Stimme. Weint leicht, Selbstvorwürfe. Hält sich nicht für krank. Behauptet, nichts mehr über sich sprechen zu hören. Anfang 1912 langsam fortschreitende Besserung. Juni 1912 Entlassung.

In der nun folgenden 24jährigen Remission ist Frau B. zunächst noch erheblich mißtrauisch gegen den Mann, ändert dann nach einigen Jahren ihr Benehmen und lebt ziemlich abgeschlossen dahin. Gegen den Mann weiterhin kühl. Zeigt kein Interesse für äußere Dinge, sondern eine auffallende allgemeine Bedürfnislosigkeit.

1936 akuter Beginn der zweiten Erkrankung.

Fiel zunächst auf durch Ratlosigkeit und übertriebene Geschäftigkeit. Sinnlose Einkäufe. Sprach laut mit sich selbst, ließ nachts alle Türen auf, demolierte die Möbel. März 1936 Anstaltsaufnahme. Glaubt, ihren Mann, der schon seit Jahren tot ist, überall sprechen zu hören.

Läßt sich nicht überzeugen, daß die Stimme gar nicht von dem Mann herrühren kann. Dann Zustand von gespannter, lauernder Unzugänglichkeit. Blickt oft ruckartig hinter sich, betastet die Wände, hört jedoch sofort damit auf, wenn sie sich beobachtet fühlt. Meldet sich dann — November 1936 —, völlig frei, bei der Visite, mit dem Wunsch, entlassen zu werden, da sie zu ihrem Mann wolle. Wird sie darauf aufmerksam gemacht, daß dieser nicht mehr lebt, versucht sie den Einwand mit einer Handbewegung abzutun. Sonst völlig geordnet.

Anfang 1937 kommt sie damit heraus, daß sie bis vor kurzem noch die Stimme ihres Mannes gehört habe, jetzt aber erkennt, daß dies doch eine Täuschung gewesen sein müsse. In der Folgezeit volle Krankheitseinsicht. März 1937 entlassen. Seither bei den Angehörigen in der Familie völlig unauffällig.

Fall c 3. Frl. Anna L., geb. 1886. Großmutter mütterlicherseits soll geisteskrank gewesen sein. Auf der Schule schwer gelernt. Später als Hausmädchen tätig. Erste Entbindung 1914. Geburt und Wochenbett verliefen glatt. Januar 1922 Totgeburt. Im Wochenbett zunächst auffallend apathisch, dann Nahrungsverweigerung. Stereotype Körperhaltung. Anstaltsaufnahme. Macht bei der ersten Untersuchung ihre Angaben ohne Affektäußerung. Einige Tage später weint sie viel und murmelt unverständlich vor sich hin. Verfällt dann schnell in katatonen Stupor. Speichelt, ist unsauber. Wird im August langsam freier, bleibt aber zunächst vorwiegend depressiv. Äußert, daß sie es sich sehr zu Herzen genommen hat, ihre letzte Dienststelle als Köchin wegen der Schwangerschaft verloren zu haben. Sitzt dann meist lauschend herum, scheint Stimmen zu hören, äußert jedoch hierüber nichts. Antwortet auch, jedoch unverständlich den Stimmen und gestikuliert dabei leicht. Wird dann langsam zugänglicher und beschäftigt sich etwas. Ist im Januar 1923 soweit wieder hergestellt, daß sie entlassen werden kann, geht in die Familie der Pflegeeltern ihres Kindes. Dort fleißig und umsichtig, aber meist gedrückter Stimmung.

April 1925 fällt Frl. L. allgemein wegen zerfahrener Reden auf. Geht zur Kirche, will dieselbe nicht mehr verlassen, muß gewaltsam daraus entfernt werden, schreit laut: „Hosiannah", behauptet, der liebe Gott zu sein, singt in religiöser Verzückung Choräle. Anstaltsaufnahme. Wird zunächst rasch ruhiger, hält aber an den religiösen Ideen fest, spricht von „Geistesläuterung" und „heiliger Bestrahlung", sieht um ihr Haupt einen Heiligenschein. Nennt sich später „Mutter Gottes" und gerät in heftige Erregung, wenn sie anders angeredet wird. Wird nach ½ Jahr fast völlig frei. Geht zur Arbeit, benutzt aber jede freie Zeit zum Bibellesen. Zeigt Anfang 1926 wieder Anteilnahme an äußeren Ereignissen, fragt nach ihrem Kind, drängt auf Entlassung, die März 1926 erfolgte.

Zunächst wieder zu den Pflegeeltern ihres Kindes. Seit 1929 als Wirtschafterin auf einem Gut. Versieht ihre Arbeit dort zu allgemeiner Zufriedenheit. Bei Erwähnung ihrer früheren Erkrankung zeigt sie schamhafte Zurückhaltung, spricht nicht gern darüber. Seit der Entlassung sehr fromm geworden.

Zu d. Acht Frauen (14,55 % der Gesamtzahl) sind zweimal erkrankt, ohne wieder in eine Remission zu kommen. Von diesen sind noch zwei am Leben, jedoch in Anstalten. Der Beginn der Erkrankungen liegt jeweils im 36., 34., 34., 23., 23., 20., 35. und 18. Lebensjahre, wobei auffallend ist, daß in 50 % dieser Fälle die Erkrankung erst in der Mitte des 4. Jahrzehnts beginnt. Die Dauer der ersten Erkrankung ist auch hier im Allgemeinen fast gleich. In sechs Fällen beträgt sie etwa ½ Jahr und nur in zwei Fällen ist sie länger, nämlich 2 und 2½ Jahre. Hingegen laufen die Remissionen

wieder über recht unterschiedliche Zeitabschnitte, sie betragen jeweils 15, 7½, 3, 2½, 24, 4, 9 und 11 Jahre.

Die Dauer der zweiten endgültigen Erkrankung beträgt bei den bereits verstorbenen Frauen 1 Monat, 8, 17, 5, 6 und 1 Jahr, bei den beiden übrigen noch lebenden Frauen je 10 Jahre. Bei zwei Fällen dieser Rubrik brach die zweite Erkrankung ebenfalls im Puerperium aus.

Bei allen acht Fällen fällt ein ausgesprochen schleichender Beginn des ersten Schubes auf. Der weitere Verlauf dieser Gruppe ist gekennzeichnet durch paranoide ,hebephrene und spät-katatone Bilder. Desgleichen ist fast übereinstimmend in allen acht Krankengeschichten von hyperkinetischen Symtomen die Rede.

Alle gemeinsam ähneln sich in der kontinuierlichen Progredienz des schizophrenen Prozesses in der Richtung auf eine endgültige Zerstörung der Persönlichkeit ,wobei die Remissionen lediglich vorübergehende Stillstände auf einer mehr oder weniger ausgeprägten Defektstufe bedeuten.

Zu e: dreimal und mehr erkrankt sind zehn Frauen (18,18 %). Bei allen zehn kam es zu einem völligen Zerfall.

Hier konnte ich wiederum finden, daß der Beginn vorwiegend durch spät-katatone, schleichend-paranoide und hebephrene Symptome gekennzeichnet ist. Er liegt im Durchschnitt im 27. Lebensjahr.

Bei sechs von diesen Fällen wird auf ausgesprochen hyperkinetische Symtome hingewiesen.

Während man nach Mauz im allgemeinen bei schizophrenen Erkrankungen damit rechnen kann, daß sowohl bei der schizophrenen Katastrophe als auch bei schubweisem Verlauf der endgültige Zerfall der Persönlichkeit, sofern es bei schubweisem Verlauf dazu kommt, spätestens drei bis vier Jahre nach Ausbruch der Erkrankung eintritt, so habe ich gefunden, daß der deletäre Verlauf bei puerperalentstandenen Schizophrenien mit schubweisem Ablauf erst bedeutend später zu erkennen ist: in allen zehn Fällen kann fast übereinstimmend erst im achten bis zehnten Krankheitsjahr vom endgültigen Zerfall geredet werden.

Eine empirisch gefundene Regel besagt (Müller), daß der dritte schizophrene Schub gleichsam den kritischen Zeitpunkt darstellt, in dem sich das Schicksal der Kranken entscheidet: Entweder tritt im Anschluß daran die unaufhaltsame Progredienz ein, oder dann ist ein solcher Ausgang für später nicht mehr zu befürchten. Auch für puerperal-entstandene schizophrene Erkrankungen trifft dies zu, wenngleich schon das Zustandekommen des dritten Schubes überhaupt meist einen ungünstigen Ausgang erwarten läßt. So stehen bei den von mir zusammengetragenen Fällen mit dreimaliger Erkrankung nur zwei mit günstigem Ausgang zehn Fällen mit ungünstigem Ausgang gegenüber.

Bei zwei Fällen dieser Rubrik brachen Recidive abermals im Wochenbett aus.

Zusammenfassung

Von 55 puerperal-entstandenen schizophrenen Erkrankungen kam es in 20 Fällen zu einer einmaligen Erkrankung mit anschließendem völligen Zerfall (36,36 %). Der Beginn der Erkrankungen fällt hier im Durchschnitt in das 19. bis 26. Lebensjahr mit zwei Ausnahmen, in das 31. bzw. 33. Das bedeutet, daß puerperal-entstandenen Schizophrenien mit kontinuierlich-fortschreitendem vollständigem Persönlichkeitszerfall (schizophrene Katastrophe im Sinne von Mauz) im Durchschnitt später beginnen als allgemeine schizophrene Erkrankungen mit dem gleichen Ausgang (nach Müller im Durchschnitt zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr).

Die Durchschnittszeit vom Beginn der Erkrankung bis zum endgültigen Persönlichkeitszerfall beträgt hier 2½ bis 3 Jahre, ist also kürzer als die von Mauz angegebene Zeit für den entsprechenden Ablauf allgemeiner schizophrener Erkrankungen. Ferner konnte festgestellt werden, daß in überwiegender Anzahl dieser Fälle ein schizothym-präpsychotischer Charakter bestand.

Ob ein bestimmter Konstitutionstyp (asthenisch-leptosom) besonders für den deletären Verlauf der schizophrenen Katastrophe disponiert ist, konnte nicht festgestellt werden, da sämtliche Kranken dieser Rubrik bereits verstorben waren und entsprechende Einträge in den Krankheitsblättern keinen Aufschluß über diese Frage geben.

Bei 13 Frauen (23,63 %) kam es nach einer einmaligen Erkrankung zur Restitution mit mehr oder weniger geringen Defekten, so daß sie danach ihren Platz im sozialen Leben noch ausreichend auszufüllen in der Lage waren. Sechs von diesen Frauen sind noch am Leben. Die Nachuntersuchung ergab, daß sie sich seit 24, 8, 10, 20, 24 und 20 Jahren in Remissionen befinden. Der Beginn der Erkrankung liegt bei dieser Gruppe zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr mit einer besonderen Gefährdung zwischen dem 22. und 24. Jahr.

Zweimal erkrankt mit anschließender Remission sind drei Frauen (5,46 %). Der Beginn der Erkrankungen liegt hier später als bei der vorigen Gruppe, nämlich im 23., 34. und 36. Lebensjahr. Bei ziemlich genauer Übereinstimmung der Dauer der einzelnen Schübe ist bei diesen Frauen die Dauer der entsprechenden Remissionen stark verschieden. Bei allen drei Frauen kam es zu einer weitgehenden Besserung nach dem zweiten Schub. Zurückgeblieben sind nur geringe Defekte . Bei einer Frau läuft die Remission bereits über 13 Jahre. — Auch diese Gruppe von Erkrankungen weist also einen relativ günstigen Ausgang auf.

Zum zweitenmal ohne anschließende Remission sind acht Frauen erkrankt (14,55 %). Auffallend ist hier, daß nur in einem Falle die Erkrankung vor dem 20. Lebensjahre, in vier Fällen dagegen erst in der Mitte des vierten Jahrzehnts ausgebrochen — vielleicht besser gesagt: bemerkt worden — ist. Während auch hier die Dauer der

ersten Erkrankungen ungefähr übereinstimmend ist, dauerten die zweiten Schübe, sowie die entsprechenden Remissionen, sehr verschieden lange.

Dreimal und mehr erkrankt sind zehn Frauen (18,18 %). Bei allen zehn Frauen kam es nach dem dritten bzw. rasch darauffolgenden vierten Schub zum rapide einsetzenden völligen Zerfall, der fast übereinstimmend im achten bis zehnten Krankheitsjahre einsetzte. Das Zustandekommen des dritten Schubes bei puerperalentstandenen Schizophrenien läßt also mit großer Wahrscheinlichkeit den Ausblick auf eine ungünstige Prognose zu.

Die Nachuntersuchung ergab, daß in der überwiegenden Anzahl der Erkrankungen dort ein günstiger Ausgang zu finden war, wo die Krankheit mit akut katatonen und amentiellen Formen einsetzte.

Schleichend-paranoider, spätkatatoner und hebephrener Beginn ließ dagegen meist einen ausgesprochen ungünstigen Verlauf erkennen.

Das Auftreten von hyperkinetischen Symptomen konnte nur in sieben Fällen festgestellt werden, sechs davon zeigen ausgesprochen ungünstige Verlaufstendenzen.

In fünf Fällen (vier davon mit ungünstigem Ausgang) brach ein Recidiv abermals im Wochenbett aus.

Abschließend sei gesagt ,daß bei puerperal-entstandenen Schizophrenien, ebenso wie bei anders entstandenen, die deletäre Verlaufstendenz stark überwiegt. So stehen von 55 Erkrankungen 39 Fälle (70,90 %) mit ungünstigem, 16 Fälle (29,01 %) mit günstigem Ausgang gegenüber. Diese gefundenen Werte liegen etwa auf gleicher Höhe wie die errechneten Daten bei einer Nachuntersuchung von 294 Fällen von allgemeinen schizophrenen Erkrankungen, die in Heidelberg in den Jahren 1912 und 1913 beobachtet wurden. 1929 konnten davon etwa 30 % als praktisch gesund betrachtet werden . Dazu kommen 4,8 %, die zu Hause arbeiteten, sich aber mangelhaft angepaßt hatten, 56,8 % waren krank geblieben. Das Schicksal der übrigen ließ sich nicht klar übersehen.

Eine 1936 von Bumke angestellte Nachuntersuchung von 308 Fällen nach 31 bis 32 Jahren ergab dagegen ein wesentlich ungünstigeres Resultat. Hier liegt der Anteil der günstig verlaufenen Fälle zwischen 7,9 und 24,9 %, „und wahrscheinlich der unteren Grenze näher als der oberen".

Literaturangabe

Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten.

Bumke: Handbuch der Geisteskrankheiten, spezieller Teil 3 und 5.

Binswanger, Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

Pohlisch: Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung (aus „Abhandlung aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten", Beihefte zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Heft 29/1925).

Müller: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten.

Aschner: Heilerfolge der Konstitutionstherapie bei weiblichen Geisteskranken, insbesondere bei Schizophrenie.

Bleuler: Erblichkeit und Erbprognose: Schizophrenie, Manisch-depressives Irresein, Epilepsie, Durchschnittsbevölkerung (aus „Fortschr. d. Neurol., Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete", Heft 9/1938).

Fleck: Symptomatische Psychosen (1936), (aus „Fortschr. d. Neurol., Psychiatrie u. ihrer Grenzgeb.", Heft 3/1938).

Schröder: Über Wochenbettpsychosen und unsere heutige Diagnostik (aus „Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. spychisch-gerichtl. Medizin" Bd. 104/1936).

Aschaffenburg: Über die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen (aus „Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med.", Bd. 58/1901).

Lebenslauf

Verfasser wurde am 2. August 1905 zu Landsberg a. W. als Sohn des Dr. med. Leonhard Roesen, späteren Direktors der Brandenburgischen Landesanstalt zu Eberswalde, geboren. Nach dreijähriger Vorschulzeit besuchte er das von Saldern'sche Realgymnasium, dann die Ritterakademie zu Brandenburg a. H., ab Ostern 1919 die Staatliche Paul-Gerhardt-Schule zu Lübben und bestand dort 1926 die Reifeprüfung. Vom Sommersemester 1926 bis zum Wintersemester 1929—30 studierte er Medizin in Würzburg, wo er im November 1929 die ärztliche Vorprüfung bestand. Er hörte im Sommersemester 1930 in Rostock Vorlesungen, im Wintersemester 1930—31 in Innsbruck. Vom Sommersemester 1931 bis zum Wintersemester 1934—35 studierte er in Greifswald und bestand dort im März 1935 die ärztliche Prüfung. Vom 15. Mai 1935 bis zum 15. Januar 1936 war er als Medizinal-Praktikant an der Brandenburgischen Landesanstalt zu Neuruppin, vom 16. Januar 1936 bis zum 15. Mai 1936 am Kreiskrankenhaus zu Neuruppin tätig. Am 15. Mai 1936 erhielt Verfasser die Bestallung als Arzt. Seit dem 15. Mai 1936 ist er Assistenzarzt an der Brandenburgischen Landesanstalt zu Teupitz. Am 1. November 1933 trat er in die SS ein, am 1. Mai 1937 in die NSDAP.